

Додаток 1
до Порядку призначення
медичних виробів та
допоміжних засобів реабілітації
(пункт 4 розділу 1)

Запит
на медичний виріб/ допоміжний засіб реабілітації

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) ФОП

Місцезнаходження закладу охорони здоров'я або ФОП _____

Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер облікової картки платника податків

Номер та дата видачі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики
або рішення органу ліцензування про видачу ліцензії на провадження господарської діяльності
з медичної практики

Запит № _____

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) та вік пацієнта _____

За повну вартість

Безоплатно

джерело фінансування _____

З доплатою

джерело фінансування _____

Найменування виробу	Код *	Кількість	Характеристики

Прізвище, ім'я, по батькові
(за наявності) медичного працівника

Підпис та печатка **
(за наявності)

«__» _____ 20__ р.
Дата

*Призначення для медичних виробів здійснюється з використанням Національного класифікатора НК 024:2023 «Класифікатор медичних виробів», затвердженого наказом Міністерства економіки України від 24 травня 2023 року № 4139.

Призначення допоміжних засобів реабілітації здійснюється з використанням Довідника допоміжних засобів реабілітації, який розроблений згідно з ДСТУ EN ISO 9999:2021 (EN ISO 9999:2016, IDT; ISO 9999:2016, IDT), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 вересня 2023 року № 1666.

** Паперовий запит, що виписується лікарем, засвідчується підписом та особистою печаткою лікаря.